

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT D'UNE DYSCHÉSIE

Ghislain STAUMONT

Clinique du Château – 34 quai de Tounis – BP 818 – 31080 TOULOUSE Cedex

Hépatogastroentérologie – Hôpital Rangueil – Avenue Jean Poulhes – 31059 TOULOUSE Cedex 09

TABLE DES MATIERES**Les cadres nosologiques potentiellement responsables d'une dyschésie**

L'anisme et les autres troubles fonctionnels ou neurologiques

La rectocèle

Le prolapsus rectal extériorisé

La procidence ou intussusception rectale interne

Le syndrome de l'ulcère solitaire du rectum

L'élytrocèle ou l'entérocele

Le syndrome du périnée descendant

Démarche clinique rationnelle devant une dyschésie

L'histoire clinique

L'examen physique

Les premières orientations cliniques

Demande rationnelle des examens complémentaires dans la dyschésie

La défécographie et l'IRM dynamique pelvienne

La manométrie anorectale

Le temps de transit colique

Intérêt limité de l'électrophysiologie périnéale et de l'échographie endoanale

Les autres étages du plancher pelvien

Démarche rationnelle dans le traitement de la dyschésie

Un traitement médical bien compris est toujours utile

Que peut-on espérer d'une rééducation par biofeedback ?

Une chirurgie est-elle envisageable et pour quel bénéfice fonctionnel ?

Quand faut-il opérer une rectocèle et comment ?

Le traitement chirurgical de la procidence rectale interne est controversé

Le prolapsus rectal extériorisé impose un traitement chirurgical

La chirurgie de l'ulcère solitaire du rectum doit être prudente

La présence d'une élytrocèle peut modifier la technique opératoire

Le traitement du syndrome du périnée descendant isolé n'est pas chirurgical

Conclusion

RÉFÉRENCES

La dyschésie est une entité clinique qui appartient au syndrome de constipation fonctionnelle, souvent appelée constipation terminale. Elle n'a pas de définition simple. Elle se traduit par une difficulté à l'évacuation des selles, qui peut regrouper plusieurs symptômes ou sensations subjectives : exonération en plusieurs temps ou anormalement longue, sensation de blocage anorectale ou de vidange incomplète du rectum, nécessité d'un effort intense et prolongé lors de la poussée, recours à des manœuvres digitales (1, 2). La dyschésie peut aussi être se traduire par le recours fréquent à l'administration de suppositoires ou de lavements évacuateurs. Sa prévalence concerne 13 % à 20 % de la population générale, présente depuis plus de 5 ans dans la moitié des cas. Elle est responsable d'un absentéisme moyen de douze jours par an et a déjà motivé une consultation pour ce motif dans un cas sur deux (3, 4). La dyschésie ne doit pas être un symptôme banalisé car ces patients ont une altération démontrée de la qualité de vie, tant dans le domaine physique que psychique (5). Bien que loin d'être univoque, les troubles de la statique rectale représentent la principale cause de la dyschésie et 80 % des patients ont au moins deux anomalies potentiellement responsables de ces troubles de l'évacuation (6). Les différentes étiologies pouvant entraîner cette dyschésie sont importantes à connaître, car il faudra les rechercher dès la première consultation. De nature fonctionnelle ou anatomique, leur diagnostic repose un examen pelvi-périnéal complet. La seconde étape difficile sera de préciser leur lien de causalité, s'il existe, avec la dyschésie. De cette consultation découleront une première orientation diagnostique et une conduite pratique qui ne doit pas être standardisée, mais guidée par une démarche rationnelle. Les investigations complémentaires ne sont utiles que si leurs résultats influencent la prise en charge ultérieure. Comme pour toute pathologie fonctionnelle, l'objectif thérapeutique est avant tout l'amélioration du symptôme, en l'occurrence la dyschésie.

Les cadres nosologiques potentiellement responsables d'une dyschésie

Le clinicien confronté à la prise en charge d'une dyschésie devra rechercher une cause à ces symptômes, essentiellement représentée par l'anisme et les troubles de la statique pelvi-rectale. Toutes ces anomalies peuvent être associées, mais leur responsabilité potentielle respective dans la dyschésie n'est pas équivalente, et les mécanismes impliqués peuvent être différents.

L'anisme et les autres étiologies fonctionnelles ou neurologiques

L'anisme est définie par une absence de relaxation ou une contraction paradoxale du sphincter strié de l'anus et du muscle pubo-rectal lors de la défécation. Il n'existe pas de prédominance de sexe. Les dénominations sont multiples et globalement équivalentes, probable traduction d'une physiopathologie encore incertaine. Le cadre commun l'associe à des habitudes comportementales ou à des facteurs psychologiques, liés à des abus sexuels dans un tiers des cas (7, 8). L'anisme est par définition responsable d'une dyschésie, expliquée par l'obstacle fonctionnel que réalise la contraction de l'anus lors de l'exonération, entraînant des efforts de poussée intenses et répétés. Cet anisme aggrave volontiers les troubles anatomiques de la statique rectale, mais cette association reste imprécise puisqu'elle peut varier entre 20 et 80 % dans la littérature pour la rectocèle ou la procidence rectale interne (6, 9, 10).

Les autres pathologies fonctionnelles ou neurologiques sont beaucoup plus rares et leur imputabilité plus aléatoire. L'akinésie rectale est une absence de contraction rectale lors des efforts de défécation, entité radiologique récemment décrite chez 6 % des patients dyschésiques (11). Cette « inertie » rectale ne permet pas l'évacuation du rectum malgré l'absence de trouble de la statique ou d'anisme associés, mais l'origine de ce trouble n'est pas connue. Le mégarectum, caractérisé par un émoussement ou une disparition de la sensation de besoin, est le plus souvent secondaire à une rétention chronique des selles, volontaire ou non, et doit conduire à rechercher une exceptionnelle maladie de Hirschsprung de l'adulte. La présence d'un fécalome quasi-permanent entraîne la dyschésie. Les diverses étiologies neurologiques ont en commun une neuropathie qui altère l'innervation pelvienne, mais la dyschésie est exceptionnellement révélatrice de la maladie.

La rectocèle

La rectocèle est une hernie de la partie basse du rectum qui réalise en pratique une protusion de la cloison recto-vaginale vers l'avant. Très fréquente, elle s'observe quasi-exclusivement chez la femme, présente une fois sur deux lorsqu'elle est constipée. Elle est favorisée par les événements qui fragilisent cette cloison, en pratique les traumatismes obstétricaux, les efforts de poussée lors de l'exonération et les chirurgies pelviennes, en particulier l'hystérectomie et la cystopexie (12, 13). Cependant une rectocèle de petite taille, soit dans les limites de 20 à 30 millimètres de profondeur, n'est que l'illustration physiologique de la laxité naturelle de la cloison recto-vaginale. Lorsqu'elle devient importante, elle peut être isolée « dite par pulsion », associée le plus souvent dans ce cas à un périnée tonique et résistant. Lorsque la rectocèle est symptomatique, la dyschésie est le premier signe fonctionnel présent dans plus de 90 % des cas. Elle est expliquée par une poussée rectale orientée vers le vagin et non dans l'axe du canal anal, conduisant à l'accumulation de matières dans la rectocèle, et obligeant à des efforts de poussée qui aggravent progressivement rectocèle et dyschésie (9, 13). La rectocèle peut aussi être associée à un affaiblissement du périnée, « dite alors par entraînement », avec dans ce cas une dégradation du noyau fibreux central du périnée, un diastasis des muscles pubo-rectaux, une béance vulvaire et des pressions anales basses. Cette forme est rarement isolée et s'associe volontiers à un périnée descendant, un prolapsus rectal, un prolapsus génito-urinaire ou une élytrocèle. La dyschésie devient alors multifactorielle, avec un cercle vicieux qui aggrave l'ensemble des pathologies associées (2, 9, 10, 14).

Le prolapsus rectal extériorisé

Le prolapsus rectal extériorisé est une invagination complète de la paroi rectale à travers l'anus, permanent ou épisodique lors des efforts d'exonération. Il est quelquefois observé chez le sujet jeune avec de probables anomalies structurelles de fixation du rectum qui, associant effort de poussée et périnée solide, expulse leur rectum vers l'extérieur. Il survient plus fréquemment chez la femme âgée, favorisée par les accouchements, la constipation, la ménopause et le vieillissement des tissus. Dans ce cas, il s'y associe volontiers un périnée descendant, une élytrocèle dans un cas sur deux, et un trouble de la statique génito-urinaire dans un cas sur quatre (10, 15, 16). Les symptômes associent la perception de ce prolapsus rectal qui s'extériorise et un suintement, avec une incontinence fécale présente dans un cas sur deux. La dyschésie est plus inconstante (25 % des cas) et reste souvent secondaire dans la présentation clinique (17).

La procidence ou intussusception rectale interne

La procidence rectale interne ou intussusception rectale interne, également appelé prolapsus rectal interne, est une invagination de la paroi rectale vers le bas lors des efforts de poussée qui ne s'extériorise pas. Elle peut être circonférentielle, mais elle est souvent accentuée au niveau antérieur chez la femme en raison de la laxité naturelle de la cloison recto-vaginale (17, 18). Son évolution vers un prolapsus extériorisé est très rare (19, 20). Présent chez plus de 40 % des témoins asymptomatiques (12), une procidence interne est quasi constante chez les patients dyschésiques. Il faut distinguer le prolapsus interne rectorectal dont le sommet n'atteint pas le canal anal, qualifié « de bas grade », volontiers considéré comme physiologique (12), et le prolapsus interne rectoanal qui s'invagine dans le canal anal sans toutefois s'extérioriser, alors qualifié « de haut grade » ou intussusception rectoanale. Seul ce dernier pourrait être symptomatique, et la dyschésie s'expliquerait par un blocage des matières lié à l'engagement de la paroi rectale dans le canal anal. Ce mécanisme physiopathologique est cependant discuté car il n'est pas démontré qu'une procidence rectale interne isolée, même de haut grade, ralentisse la vidange du rectum (21, 22). Elle est par contre souvent associée à un anisme, à une rectocèle, à une élytrocèle ou à un périnée descendant. Dans ces circonstances, plusieurs auteurs suggèrent que la dyschésie observée soit plus en relation avec les troubles associés qu'avec la procidence rectale interne elle-même (9, 10, 15, 19, 21).

Le syndrome de l'ulcère solitaire du rectum

Le syndrome de l'ulcère solitaire du rectum est une entité plus rare, mais classiquement associée au mécanisme physiopathologique du prolapsus rectal, soit une hyperpression répétée sur une paroi anormalement mobile (23, 24). L'aspect microscopique évoque un processus chronique ischémique et traumatique, localisée sur le front d'invagination du prolapsus. La présentation endoscopique peut varier entre un simple érythème (rectite suspendue) et des ulcérations creusantes, voire des lésions polypôides pseudo tumorales, situées entre 6 et 10 cm de la marge anale et de localisation préférentielle antérieure. Elle concerne plutôt les femmes avec un âge moyen plus jeune que celui du prolapsus rectal. La dyschésie est quasi-constante à un stade évolué, associée à des évacuations de glaires et de sang. Dans un cas sur deux, l'importance des lésions induit un ténésme douloureux et des faux besoins permanents qui accentuent la dyschésie.

L'élytrocèle ou l'entéroçèle

L'élytrocèle est une hernie pelvienne du cul-de-sac de Douglas qui s'engage dans la cloison recto-vaginale, soit vers l'arrière en accompagnant un prolapsus rectal, soit vers l'avant réalisant une colpocèle postérieure au niveau du dôme vaginal. Cette hernie peut être vide (péritonéocèle), contenir de l'intestin grêle (entéroçèle) ou du colon sigmoïde (sigmoïdocèle). Elle est largement favorisée par un antécédent d'hystérectomie ou de cystopexie, respectivement présent dans 60 % et 35 % de cas (10). Elle est cependant retrouvée chez 10 % des jeunes femmes asymptomatiques (12). Elle est peu bruyante lorsqu'elle est isolée (20 %), et ne modifie globalement pas les symptômes du trouble de la statique qui lui est le plus souvent associé (10, 15, 25). Elle n'est donc pas directement responsable d'une dyschésie, mais doit être prise en compte lorsqu'un traitement chirurgical est envisagé.

Le syndrome du périnée descendant

Le périnée descendant représente une mobilité anormalement importante vers le bas du plancher périnéal lors d'un effort de poussée, évalué par rapport aux structures osseuses du bassin fixes par nature. Chez la femme, une descente de périnée en poussée est considérée comme normale jusque 25 à 40 mm en dessous des tubérosités ischiatiques en fonction de l'âge (12). Une descente excessive traduit des lésions du tissu de soutien musculo-aponévrotique et entraîne un étirement de l'innervation pelvi-périnéale. Ce périnée descendant est rarement isolé, mais le plus souvent associé à une rectocèle ou un prolapsus rectal (10, 19), avec des facteurs de risques communs comme les accouchements, les efforts de poussées itératifs et le vieillissement tissulaire. Cet affaîssement des muscles pelviens majore la dyschésie déjà induite par les autres troubles de la statique, en dispersant les forces de propulsion lors des efforts de poussée. Le syndrome du périnée descendant est un facteur pronostique défavorable dans la dyschésie car il diminue l'efficacité globale des traitements proposés. De plus il expose à un risque accru d'incontinence anale à terme, favorisé par la neuropathie pudendale d'étirement souvent associée (26).

Démarche clinique rationnelle devant une dyschésie

La dyschésie est un ensemble de symptômes et non une entité anatomo-clinique unique. La première étape sera d'éliminer une pathologie organique, essentiellement proctologique ou recto-colique. Ensuite la démarche diagnostique doit s'astreindre à déterminer le mécanisme responsable de la dyschésie. Elle peut nous conduire vers une étiologie purement fonctionnelle dynamique comme l'anisme, ou le plus souvent vers un trouble de la statique pelvi-rectale. La démarche clinique se complique si l'on considère que ces troubles du périnée postérieur sont souvent associés entre eux à des degrés divers, et qu'il existe souvent des anomalies des autres étages du périnée, urologique ou gynécologique, qu'ils soient symptomatiques ou non. Enfin la situation devient vraiment difficile si l'on considère que la corrélation anatomo-clinique est loin d'être systématique. Tous ces éléments obligent le médecin à une démarche clinique systématisée et rationnelle, qui nécessite une bonne connaissance de la pathologie pelvi-périnéale. Elle doit permettre d'évaluer l'importance de la plainte fonctionnelle et de la corréler avec le diagnostic, la nature de la demande et la motivation du patient (2). L'examen clinique « fonctionnel » est la clé de la stratégie diagnostique et thérapeutique. De la qualité de cette première consultation pour dyschésie découlera une prise en charge rationnelle.

L'histoire clinique

Outre les symptômes définissant la dyschésie, il faut préciser le mode de transit, le plus souvent une constipation ancienne, ou quelquefois un transit irrégulier dans le cadre de troubles fonctionnels intestinaux qui est un facteur pronostic défavorable de satisfaction à terme. La normalisation récente du transit avec des besoins impérieux ou des épisodes d'incontinence doit faire évoquer l'évolution défavorable d'un périnée descendant ou l'extériorisation progressive d'un prolapsus rectal. Il faut rechercher les antécédents qui favorisent classiquement la survenue de cette dyschésie, mais également ceux qui pourraient favoriser une incontinence secondaire. Il s'agit des antécédents obstétricaux, en précisant les déchirures et les extractions instrumentales, de chirurgie pelvienne en particulier l'hystérectomie ou la cystopexie, de chirurgie proctologique.

Les manœuvres digitales nécessaires lors de l'exonération sont fréquentes, mais doivent être spécifiquement demandées et précisées dans leur nature car elles sont souvent omises par pudeur. Présentes dans un cas sur trois, les manœuvres endovaginales de maintien de la face postérieure du vagin lors de l'exonération sont assez spécifiques du diagnostic de rectocèle symptomatique. Elles permettent d'éviter la séquestration des selles dans la rectocèle en les déplaçant dans l'axe du canal anal (6, 27). Les manœuvres de maintien du périnée dans la région périanale, le plus souvent au niveau de la fourchette anovulvaire, sont moins spécifiques. Elles suggèrent globalement un syndrome de périnée descendant, et permettent de concentrer les efforts de poussée sur l'expulsion des selles (6). Enfin les manœuvres endorectales pour extraire les selles ne font que refléter la dyschésie sans orientation spécifique.

L'extériorisation d'un prolapsus par l'anus lors de l'exonération ou d'efforts de la vie courante, avec ou sans nécessité de réintroduction manuelle, doit être précisément décrit car un véritable prolapsus rectal est volontiers assimilé à des hémorroïdes lorsqu'il reste modéré. L'association à un suintement glaireux quelquefois fécaloïde ou hémorragique est évocatrice. D'autres symptômes sont associés aux troubles de la statique pelvienne, mais sans grande spécificité. La sensation de pesanteur pelvienne, en particulier en fin de journée, peut-être associée à un périnée descendant, plus rarement à une importante entéroccèle, mais doit être plus précisément rapportée à une rectocèle ou à une colpocèle lorsqu'elle est vaginale. Des suintements périnéaux doivent faire rechercher une colpocèle antérieure ou postérieure qui affleure à la vulve, ou un prolapsus rectal extériorisé. La dyspareunie est plus difficile à rapporter à un trouble spécifique.

Il est également important d'évaluer des troubles de la continence fécale en orientant spécifiquement l'interrogatoire, car ils reflètent volontiers une faiblesse périnéale ou sphinctérienne, d'origine musculaire, neurologique ou mixte. Une incontinence passive ou un suintement anal au décours de la selle oriente volontiers vers une rectocèle associée à un prolapsus rectal interne de haut grade. L'incontinence anale aux solides ou le suintement fécaloïde permanent peut être la traduction d'un prolapsus rectal extériorisé, qu'il est habituellement facile de corrélérer avec une sensation de « grosseur » à l'anus. L'incontinence aux gaz ou épisodique à l'occasion de besoins impérieux « dite active » traduit une instabilité qui ne devra pas être décompensée secondairement par une chirurgie, en particulier la correction d'une rectocèle. Enfin l'interrogatoire devra rechercher des troubles fonctionnels du périnée antérieur, essentiellement une dysurie, des impériosités mictionnelles ou une incontinence urinaire pour orienter les investigations urologiques afin de réaliser un diagnostic périnéal dans sa globalité.

L'examen physique

L'examen physique d'un patient dyschésique doit être élargie au delà de la gastroentérologie ou de la proctologie courante. Cet inventaire peut sembler fastidieux, mais la démarche est capitale car les informations à obtenir sont nombreuses (28).

La position en genu pectorale ou en décubitus latéral gauche, genoux fléchis, volontiers privilégiée par le gastroentérologue est en pratique insuffisante. Elle permet de bien évaluer la pathologie proctologique et rectale courante. L'inspection au repos puis lors de la poussée permet d'évaluer la descente périnéale, qui prend l'aspect d'une ballonnisation du périnée sous les rebords osseux du pelvis avec un effacement des plis radiés de l'anus et un bombement du raphé anovulvaire. Cette appréciation clinique d'un périnée descendant n'est pas toujours reproductible, contrairement à l'évaluation du tonus anal au repos et lors d'une contraction volontaire (29). La fiabilité du diagnostic clinique d'un anisme qui se traduit par une contraction de l'appareil sphinctérien lors de la poussée est également controversée. Le danger dans ce cas est un diagnostic par excès en raison d'une mauvaise valeur prédictive positive,

favorisée par des conditions d'examen mal vécues par les patients (7, 29, 30). Ce toucher anorectal permettra de préciser la présence de selles dans le rectum ou d'un fécalome. Cette position d'examen est idéale pour réaliser une anoscopie et une rectoscopie, à la recherche d'un syndrome de l'ulcère solitaire du rectum ou d'un prolapsus rectal interne lors d'un effort de poussée. Dans ce cas, l'invagination de la muqueuse rectale dans le canal anal lors du retrait de l'anoscope permet le diagnostic d'une intussusception rectoanale avec une bonne valeur prédictive positive et négative (6, 22).

L'examen doit être poursuivi en décubitus dorsal, car cette position permet de mieux évaluer lors de la poussée une rectocèle ou une colprocèle, l'extériorisation d'un prolapsus rectal ou une élytrocèle. La rectocèle réalise un bombement de la face postérieure du vagin lors de la poussée (grade I : intra-vaginale, grade II : affleurant à la vulve, grade III : dépassant l'orifice vulvaire). Elle est quelquefois révélée en refoulant une colprocèle antérieure par une hémi valve. Cet examen clinique permet d'affirmer l'absence de rectocèle, mais sa valeur prédictive positive n'excède pas 60 % (6, 29). Le toucher rectal avec l'index en crochet refoulant la paroi rectale antérieure permet d'évaluer plus précisément sa profondeur et sa hauteur, et apprécie la résistance du noyau fibreux central du périnée (28). Une élytrocèle peut être perçue dans la cloison recto-vaginale lors d'un palper bidigital rectal et vaginal, en poussée ou en position debout dans les formes hautes, mais l'examen clinique sera pris en défaut dans deux cas sur trois. Un prolapsus rectal ne s'extériorise quelquefois que lors de la poussée accroupie ou assis sur un siège d'aisance, manœuvre qu'il faudra demander au patient en cas de doute même si la position est inconfortable.

Les premières orientations cliniques

Au terme de cette première consultation, il est souvent possible de retenir un diagnostic lorsque la situation est simple, comme une rectocèle isolée ou un prolapsus rectal extériorisé, avec d'emblée des orientations thérapeutiques. Cependant les situations complexes ne sont pas rares, favorisées par l'association de ces troubles de la statique pelvienne, avec des données subjectives comme l'importance d'un périnée descendant ou des données incertaines comme l'existence d'une élytrocèle ou d'un anisme. Dans ces cas où finalement le lien de causalité entre les anomalies constatées et la dyschésie n'est pas clairement établi, le recours aux explorations complémentaires est fréquent mais ne doit pas être automatique et sans discernement. En pratique, cette évaluation clinique initiale constitue l'élément décisionnel fondamental car il doit permettre au praticien de répondre à un ensemble défini de questions qui orienteront la prise en charge du patient (tableau 1).

Demande rationnelle des examens complémentaires dans la dyschésie

Dans un premier temps une dyschésie de survenue récente nécessite d'éliminer une pathologie organique, en particulier un cancer du rectum ou du colon sigmoïde par un examen endoscopique récent. Ensuite le recours aux investigations complémentaires doit être raisonné et ciblé, après échec d'un éventuel traitement médical symptomatique de la dyschésie (tableau 2). Il est souvent nécessaire lorsque l'on souhaite conforter un diagnostic cliniquement incertain ou rechercher une pathologie associée afin d'optimiser le traitement. Il est plus discutable si le seul objectif est de mieux comprendre les mécanismes en cause sans implications thérapeutiques en pratique. De plus, leurs résultats doivent être interprétés en confrontant les éléments cliniques, avec une bonne connaissance des limites de chacun d'entre eux. Elles sont nombreuses relevant de problèmes de standardisation, de reproductibilité, de spécificité, de sensibilité et de variabilité d'interprétation.

La défécographie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) dynamique pelvienne

La défécographie ou rectographie dynamique est un examen radiologique conventionnel morphologique, fonctionnel et cinétique, réalisé en retenue, en poussée et lors de l'évacuation, après remplissage du rectum avec une baryte pâteuse reproduisant la consistance des matières fécales (figure 1). L'opacification dans le même temps des organes de voisinage, soit le colon sigmoïde, les anses iléales, le vagin et la vessie réalise une entéro-colpo-cysto-défécographie, soit une représentation dynamique pelvi-périnéale globale. Dans ce domaine, l'IRM pelvienne dynamique devrait bientôt s'imposer en raison de sa simplicité, de l'absence d'irradiation et de la qualité des images obtenues, malgré quelques réserves qui persistent encore. En effet elle permet de parfaitement visualiser l'ensemble des organes pelvipérinéaux en se limitant à une opacification du rectum (figure 2), de visualiser contrairement à la radiologie

classique une élytrocèle sans entéroccèle ou une hernie des releveurs de l'anوس, et d'obtenir des images dynamiques qui peuvent être visualisées secondairement (31, 32). Les réserves sur l'interprétation des résultats sont liées à la réalisation de cette IRM dynamique en position allongée pour des raisons techniques, contrairement à la défécographie où le patient est assis sur un siège d'aisance, soit dans une position plus physiologique (32). La qualité des informations « physiologiques » obtenues lors de l'IRM est malgré tout très proche de celles de la défécographie classique (figure 3) si une évacuation du rectum « sur table » est obtenue lors d'un effort de poussée conséquent, avec une moins bonne visualisation du prolapsus rectal surtout s'il ne s'extériorise pas, mais une qualité des images comparables ou supérieures dans les autres domaines (33). A contrario s'il n'est pas demandé au patient d'évacuer le contenu rectal lors de la poussée, l'interprétation doit être très prudente pour le périnée postérieur, car cette manœuvre de retenue réalise au mieux un pseudo-anisme artificiel qui sous-évalue les rectocèles et ne permet pas le diagnostic d'une intussusception rectale (32).

La défécographie ou l'IRM pelvienne dynamique est l'examen complémentaire de référence car il permet de compléter l'évaluation clinique avec des informations de deux ordres. D'une part il précise la cinétique de l'évacuation rectale après un effort défécatoire de plus de 30 secondes en mesurant le débit d'évacuation rectale et l'aire radiologique concernée. Cette méthode validée et reproductible permet de corrélérer la dyschésie à un trouble objectif et quantifié de l'évacuation rectale, le plus souvent observée s'il existe une rectocèle ou un anisme, mais souvent mineur ou absent en présence d'un prolapsus rectal ou d'une entéroccèle (34). D'autre part il permet de visualiser avec des paramètres objectifs un éventuel trouble de la statique pelvienne, déjà cliniquement diagnostiqué (rectocèle, périnée descendant, prolapsus rectal) ou simplement suspecté (élytrocèle). Certaines valeurs doivent être interprétées avec réserve en raison d'une grande variabilité interindividuelle et d'une mauvaise reproductibilité : elles se limitent en pratique à l'angle anorectal qui doit toujours être confrontée à la vidange rectale et à la position périnéale (35). Cette dernière peut toutefois être considérée comme toujours pathologique lorsque la descente périnéale est en dessous de 5 cm de la ligne joignant les repères osseux (dernière pièce du coccyx – bord supérieur de la symphyse pubienne). Par ailleurs la présence d'une rectocèle ou d'un prolapsus interne n'est pas rare chez des sujets témoins sans dyschésie, ce qui doit conduire à une grande prudence sur l'interprétation des images radiologiques obtenues. Une rectocèle ne sera potentiellement considérée comme pathologique qu'au delà de 3 cm de profondeur et si elle séquestre la baryte, mais ces deux critères ne sont pas toujours corrélés aux difficultés d'évacuation des selles (13, 36). La difficulté d'interprétation est encore plus grande devant un prolapsus interne de haut grade, et son implication dans la genèse de la dyschésie devra être confrontée au profil de l'évacuation rectale ainsi qu'aux troubles de la statique souvent associés ou à éventuel anisme, en particulier avant toute décision chirurgicale (21, 37).

En pratique la défécographie ou l'IRM pelvienne dynamique sera demandée en cas d'échec du traitement médical, sauf si l'évaluation clinique se résume à un anisme évident. Elle est indispensable avant d'envisager une chirurgie, car elle permet d'objectiver la nature et l'importance des troubles de la statique, et surtout de préciser les associations, en particulier une élytrocèle qui peut modifier la voie d'abord, ou une pathologie pelvi-périnéale antérieure qui peut nécessiter un geste chirurgical associé. Ces examens sont aussi quelquefois nécessaires pour étayer un diagnostic d'anisme suspecté cliniquement ou en manométrie, avec toutefois une faible corrélation entre ces différents modes de diagnostic (38, 39).

La manométrie anorectale

La manométrie anorectale permet l'étude des pressions anales au repos et lors d'une contraction, des troubles de la perception rectale et de la coordination anorectale comme l'anisme. C'est un examen simple et facile d'accès, mais son intérêt reste limité par un manque de standardisation, de reproductibilité et des difficultés d'interprétation. En effet, la plupart des malades dyschésiques ont des pressions anales normales, paramètres qui peuvent être par ailleurs assez précisément évalués cliniquement (40). Le diagnostic manométrique d'anisme a une excellente valeur prédictive négative, mais il doit être retenu avec prudence chez les patients dyschésiques. En effet, il est présent chez 15 % des volontaires sains, il peut disparaître lorsque l'examen est réalisé en ambulatoire à domicile, et il ne s'associe à un trouble objectif de l'évacuation que dans un cas sur deux. Un anisme manométrique doit donc être confronté à l'évaluation clinique et les éventuelles données radiologiques ou électromyographiques (39). Enfin une augmentation des seuils de perception rectaux est présente dans plus de 40 % des constipations terminales ce qui définit le mégarectum fonctionnel lorsque les valeurs sont élevées, mais la pertinence clinique de cette anomalie physiologique n'est pas clairement établie (41). Dans ce contexte, la manométrie

anorectale permet de suspecter le diagnostic de maladie de Hirschsprung chez l'enfant ou plus exceptionnellement chez l'adulte devant une absence du réflexe rectoanal inhibiteur.

En pratique, une manométrie anorectale sera demandée si l'on suspecte un anisme lors de la première consultation. Elle permet également d'obtenir des paramètres de référence avant de débiter une rééducation par biofeedback, mais ceux-ci n'ont pas de valeur pronostique chez les malades dyschésiques ou incontinents (42). En cas de troubles de la continence anale, cet examen permet de préciser objectivement une hypotonie anale et des anomalies de la sensibilité ou de la compliance rectale. Ces paramètres peuvent orienter les choix thérapeutiques, avec une valeur pronostique sur les résultats en présence d'un périnée descendant ou d'un prolapsus rectal extériorisé (26, 43), mais ils n'ont pas de valeur prédictive sur la survenue d'une incontinence après correction trans-anale d'une rectocèle (44).

Le temps de transit colique

La mesure du temps de transit colique permet d'évaluer la constipation de progression associée à la dyschésie. Sa réalisation technique a été simplifiée par l'ingestion de douze marqueurs radio-opaques pendant six jours consécutifs et une simple radiographie de l'abdomen au septième jour. Il peut être évalué de façon global ou segmentaire en comptant le nombre de marqueurs, qui correspond au temps de transit colique en heures : il est normal chez la moitié des patients dyschésiques. La constipation de transit est un facteur pronostic plutôt défavorable sur les résultats fonctionnels de la chirurgie des troubles de la statique pelvienne (45). Mais la mesure de ce temps de transit colique n'est pas un facteur prédictif clairement identifié de la survenue d'une constipation post-opératoire (46), même si certains auteurs considèrent son allongement comme un argument supplémentaire dans l'indication d'une colectomie partielle associée à la rectopexie. Son intérêt se limite en pratique à mesurer l'importance d'une constipation de transit associée grâce à des paramètres objectifs, afin d'ajuster le traitement médical par un traitement laxatif classique.

Intérêt limité de l'électrophysiologie périnéale et de l'échographie endoanale

L'électromyographie de détection de la musculature striée périnéale présente l'intérêt d'enregistrer directement l'activité électrique, en s'affranchissant d'autres mécanismes associés qui peuvent modifier les pressions. Elle permet d'enregistrer l'activité du sphincter externe, des muscles pubo-rectaux et quelquefois pubo-coccygiens (47). Elle a pu être présentée comme l'examen de référence pour le diagnostic d'anisme lorsque l'on observe une augmentation de l'activité EMG pendant un effort maximal de poussée, avec une valeur prédictive positive de 70 % et négative de 80 % (48). La faible concordance avec les autres investigations complémentaires suggère une certaine prudence d'interprétation (39), et l'inconfort voire la douleur souvent observée lors de sa réalisation n'en fait ni une exploration de première intention, ni un examen idéal pour évaluer un anisme. Plus simplement, il est quelquefois utilisé pour l'obtention d'un signal électrique simple et indolore par électromyographie de contact lors d'un test d'expulsion. Par ailleurs, les examens électrophysiologiques périnéaux permettent quelquefois de préciser la nature d'une neuropathie associée à une maladie neurologique, plus rarement d'en faire le diagnostic.

L'échographie endoanale aura pour seul objectif d'évaluer une rupture sphinctérienne en présence de troubles de la continence.

Les autres étages du plancher pelvien

La pathologie dynamique pelvi-périnéale antérieure et moyenne est bien évaluée par l'IRM ou la cystographie associée à la défécographie. Une échographie pelvienne, examen simple et peu onéreux, permet d'éliminer un utérus fibromateux qui peut nécessiter un geste associé. Un bilan urodynamique est souvent indiqué en présence de signes fonctionnels urinaires. En pratique, l'interprétation de ces examens justifie un avis spécialisé urologique ou gynécologique, qu'il faut envisager systématiquement avant toute chirurgie des troubles de la statique pelvienne.

Démarche rationnelle dans le traitement de la dyschésie

L'objectif du traitement doit être d'améliorer avant tout le symptôme « dyschésie », plainte avancée par le patient et qui retentit sur sa qualité de vie.

Un traitement médical bien compris est toujours utile

Un traitement médical n'est classiquement indiqué que si les selles évacuées ne sont pas de consistance normale, mais cette attitude repose davantage sur un consensus professionnel que sur des études cliniques. Il consistera à obtenir des selles régulières et d'une consistance facilitant leur évacuation par des laxatifs osmotiques ou des mucilages. Si l'exonération n'est toujours pas spontanée sans effort de poussée significatif, elle devra être déclenchée par des suppositoires, à dégagement gazeux de préférence. En l'absence d'efficacité des suppositoires, les petits lavements peuvent être utiles. En pratique, la simple prescription de ce traitement n'est pas suffisante, et elle ne sera pleinement efficace que si elle s'accompagne d'une longue explication sur les mécanismes physiologiques de l'exonération, adaptée au profil psychologique de patient et à son diagnostic clinique. Une bonne compréhension de la part du patient de ses anomalies anatomiques ou fonctionnelles peut nécessiter plusieurs consultations successives, en adaptant le traitement avec patience. En présence d'une rectocèle, il peut par exemple être conseillé initialement une contre-pression manuelle à la face postérieure du vagin plutôt que des efforts de poussée majeurs et peu efficaces. La disparition de la dyschésie avec un traitement médical bien toléré doit faire reconsidérer une éventuelle chirurgie dont l'objectif est fonctionnel, quel que soit le diagnostic anatomique initial. Si les symptômes dyschésiques sont toujours invalidants malgré le traitement médical, cette « relation malade-médecin » patiemment établie autour de sa dyschésie facilitera son implication dans les choix des propositions thérapeutiques ultérieures.

Que peut-on espérer d'une rééducation par biofeedback ?

La rééducation périnéale par biofeedback est une technique de conditionnement permettant à un patient d'influencer directement les paramètres physiologiques de la fonction anorectale, par l'observation et la manipulation consciente de ce paramètre matérialisé par un signal. Plus simplement, elle permet de faire prendre conscience de la fonction d'exonération souvent ignorée du patient et de la réguler. Dans la dyschésie, le but du biofeedback sera d'apprendre à « bien pousser » en relâchant les muscles du plancher pelvien pendant l'augmentation de la pression abdominale, ou d'apprendre « à laisser faire avec une poussée minimum » pour permettre de satisfaire le besoin exonérateur au moment où il survient. La présence du thérapeute rend cette relation triangulaire, avec des facteurs relationnels quelquefois majeurs mais jamais évalués (49, 50). Ce traitement est peu invasif, sans morbidité, globalement bien accepté même s'il est contraignant, et peu coûteux. Un traitement médical doit toujours lui être associé.

Les résultats sur l'efficacité du biofeedback dans le traitement de la constipation terminale sont très disparates dans la littérature, de 18 à 90 % de succès, avec des populations étudiées, des techniques de réalisation et des critères d'évaluation inhomogènes, sans facteur prédictif de succès clairement identifié (50, 51). Dans l'anisme d'origine comportementale, le biofeedback est le seul traitement envisageable efficace dans plus de 60 % des cas à moyen terme, avec des facteurs de mauvais pronostic comme l'ancienneté des symptômes, et de bon pronostic comme la motivation du patient (42, 52). En cas d'échec, l'association d'une approche psychologique est quelquefois utile (8, 53). Lorsqu'un anisme est associé à un trouble de la statique rectale, cette rééducation peut être bénéfique un cas sur deux sans valeur prédictive positive clairement identifiée sur les données radiologiques (9, 54) : elle mérite d'être envisagée avant une chirurgie. Devant un syndrome de l'ulcère du rectum, elle est indiquée en première intention avec une amélioration des symptômes dans deux cas sur trois, sans toutefois cicatrisation des lésions et un échappement à trois ans dans un cas sur deux (55). En l'absence d'anisme, l'intérêt d'une rééducation par biofeedback pour améliorer une dyschésie associée un trouble de la statique rectale est plus discutée, mais des bénéfices ont été rapportés dans près de 50 % des cas, pas toujours durables et difficilement prédictibles (56, 57). Elle sera plus volontiers préconisée lorsqu'il n'existe pas de traitement chirurgical simple ou sans risque, ou lorsque des troubles de la continence sont présents. Elle est quelquefois utile au décours d'une chirurgie pour se réapproprier une exonération plus physiologique. Dans toutes ces circonstances, à défaut de corriger un anisme qui n'est quelquefois que la conséquence des troubles de la statique, cette rééducation par biofeedback permet le plus souvent d'obtenir une évacuation rectale moins traumatique sur un périnée fragilisé, et ce même si la dyschésie persiste.

Une chirurgie est-elle envisageable et pour quel bénéfice fonctionnel ?

Dans la plupart des cas, la dyschésie est donc en relation avec des troubles de la statique pelvienne qu'une chirurgie peut le plus souvent corriger. Mais l'objectif de cette chirurgie anatomique est fonctionnel. Avant d'envisager une telle intervention, il faudra avoir réuni un faisceau d'arguments qui établisse le lien de causalité entre symptômes et anomalies anatomiques, ce qui est parfois difficile en dehors du prolapsus rectal extériorisé. De plus le choix des techniques chirurgicales est malaisé car de nombreuses modalités ont été proposées, quelquefois encore discutées voire controversées, pour traiter une pathologie qui associe souvent à des degrés divers plusieurs troubles de la statique. Enfin les résultats obtenus devront être évalués sur la durée et dans leur globalité fonctionnelle. En effet le but est avant tout l'amélioration de la plainte du patient en prenant soin de ne pas en créer de nouvelles, en particulier au niveau du périnée antérieur, de la constipation ou de l'incontinence anale. Cette attitude est confortée par plusieurs études qui soulignent que lorsqu'une chirurgie a été réalisée, les bénéfices observés reflètent l'évolution des symptômes indépendamment de la correction anatomique (5, 37, 58).

Quand faut-il opérer une rectocèle et comment ?

La question du traitement chirurgical de la rectocèle est très représentative de cette problématique. En effet la rectocèle est le trouble de la statique pelvienne le plus fréquemment responsable de dyschésie, mais aussi une anomalie anatomique très fréquente chez des sujets non symptomatiques. Le faisceau d'arguments établissant le lien de causalité est donc important et il a été proposé une rectocèle d'une profondeur de plus de trois centimètres, une dyschésie améliorée par des manœuvres digitales endo-vaginales et une absence de vidange du produit de contraste après défécation. Cette codification empirique, séduisante par sa simplicité, est retenue par de nombreuses équipes mais n'est pas clairement validée dans la littérature.

Lorsque la rectocèle est isolée, un abord chirurgical par voie basse doit être privilégié car plus simple, avec globalement plus de 70 % de bons résultats à moyen terme (45). Cependant la disparition anatomique de la rectocèle n'est pas toujours corrélée à l'amélioration de la dyschésie (58). Les résultats fonctionnels sont moins bons lorsqu'il existe une constipation de transit sévère, une absence de besoin ressenti, et pour certains auteurs un anisme (45, 54, 59). Une cause fréquente de ces échecs est la présence d'une élytrocèle méconnue, ce qui justifie sa recherche systématique avant toute chirurgie. Les voies d'abord peuvent être périnéo-vaginale ou trans-anale, cette dernière reposant sur deux techniques différentes. La première est de réaliser une mucosectomie rectale antérieure et de plicaturer la musculature sous jacente, technique décrite initialement par Sullivan avec de nombreuses variantes rapportées depuis (60, 61). La seconde plus récente consiste en une résection rectale hémi-circulaire antérieure et postérieure à la pince mécanique ou technique de STARR (Stapled Trans-Anal Rectal Resection), avec une évaluation toujours en cours (62). La voie d'abord trans-anale permet dans le même temps de corriger un prolapsus hémorroïdaire ou rectal interne, mais elle ne doit pas être réalisée s'il existe une élytrocèle associée. Leur morbidité est faible, mais la dyschésie récidive à moyen terme dans 28 à 50 % des cas (44, 63). De plus même si elles corrigent dans un cas sur deux le suintement post-défécatoire (64), ces techniques exposent à un risque d'incontinence secondaire à type de besoins impérieux en rapport avec une diminution des pressions anales et de la réduction du volume rectal (44, 64, 65). La voie périnéo-vaginale consiste en une dissection de la cloison recto-vaginale, plicature de la musculature rectale, avec le plus souvent colpectomie et myorrhaphie antérieure des releveurs, geste qui peut entraîner une dyspareunie secondaire. Elle permet éventuellement d'y associer une sphinctérorraphie en cas de rupture sphinctérienne symptomatique ou la correction d'une entéroécèle. Une variante consiste à interposer un matériel prothétique résorbable ou non pour renforcer la cloison recto-vaginale, avec un risque d'érosions voire d'extériorisation vaginale ou rectale dans 5 à 10 % des cas (66, 67). Elle sera privilégiée en présence d'une colpocèle postérieure symptomatique, d'un trouble de la continence anale associée, et en l'absence de prolapsus rectal associé. Le traitement d'une rectocèle est plus rarement envisagé par voie abdominale si ce n'est lorsqu'il existe un autre trouble de la statique pelvienne, antérieure ou postérieure, ou une élytrocèle que l'on ne souhaite pas traitée par voie périnéale. Il s'agit alors d'une colpopexie postérieure associée à une rectopexie, dont l'effet secondaire principal est la survenue d'une constipation qui aggrave le plus souvent la dyschésie. Il n'existe aucune étude comparative dans la littérature permettant de définir les indications respectives de ces différentes voies d'abord.

Le traitement chirurgical de la procidence interne est controversé

Le prolapsus rectal interne de bas grade est physiologique et ne doit pas être opéré. Si la responsabilité d'un prolapsus rectal interne de haut grade est retenue dans la genèse de la dyschésie ou des manifestations d'incontinence post-défécatrice, il peut être traité par voie basse endo-anale, une intervention de Delorme le plus souvent. Une amélioration est observée dans plus de deux tiers des cas, sans aggravation de la dyschésie (68, 69, 70, 71). Le risque est l'apparition ou l'aggravation d'une incontinence anale du fait de la réduction du réservoir rectal, en particulier chez les patients présentant des diarrhées ou un périnée descendant (64, 71). Les résultats de la rectopexie dans cette indication isolée ne sont pas concordants et quelquefois très mauvais lorsqu'elle vise à corriger une intussusception rectoanale isolée. Dans ce cas, elle aggrave plus souvent la dyschésie que lors du traitement du prolapsus rectal extériorisé et améliore moins souvent l'incontinence anale associée (72). Par contre les résultats de la rectopexie sont meilleurs lorsqu'il s'associe à une élytrocèle ou à un ulcère solitaire du rectum (73). Le risque évolutif d'un prolapsus interne vers un prolapsus extériorisé, évalué à 2,5 %, ne représente pas en soi une indication opératoire (20).

Le prolapsus rectal extériorisé impose un traitement chirurgical

La chirurgie de référence est la rectopexie, soit une fixation du rectum aux structures osseuses adjacentes à l'aide de bandelettes synthétiques, réalisée par voie d'abord abdominale éventuellement laparoscopique. Quelle que soit la technique utilisée, les récurrences à long terme sont inférieures à 10 %, avec une amélioration de la continence anale dans 50 % à 95 % des cas (72, 74, 75). L'effet secondaire principal est la survenue ou l'aggravation d'une constipation, qui survient dans 40 à 80 % des cas, sans facteur prédictif authentifié parmi les investigations complémentaires réalisées au préalable (46). La dyschésie est également significativement augmentée, mais paradoxalement l'indice de satisfaction des patients reste très satisfaisant car le plus souvent cette dyschésie n'est pas le symptôme dominant du prolapsus rectal extériorisé (75). Ces risques peuvent être limités par une dissection chirurgicale du rectum plus sélective qui préserve l'innervation présente dans les ailerons du rectum afin de réduire les troubles secondaires de la sensibilité et de la motricité rectale, en évitant une hypercorrection, et probablement en privilégiant la voie laparoscopique (76, 77). Une sigmoïdectomie associée à la rectopexie a été proposée avec de bons résultats puisque la constipation préexistante est améliorée dans la moitié des cas et aucune n'est induite. Cette sigmoïdectomie ne doit pas être systématique car elle alourdit le geste chirurgical et une étude suggère un risque majoré des troubles de la continence anale (78).

L'alternative est une chirurgie par voie basse, dont la technique la plus fréquemment utilisée est la résection muqueuse circulaire avec plicature de la musculature selon Delorme, avec des suites simples. Elle est classiquement réservée aux sujets fragiles ou âgés, sans validation formelle de cette attitude dans la littérature. Une récurrence à court terme est observée dans un cas sur quatre si ce geste n'est retenu que devant une contre-indication de la rectopexie, mais ce taux devient inférieur à 10 % si l'indication est sélective : ces conditions favorables sont l'absence d'élytrocèle et une fixité persistante du haut rectum dans la concavité sacrée (68). Son intérêt principal est la correction de la dyschésie dans plus de trois cas sur quatre et de l'absence de constipation secondaire. Elle améliore significativement le score de continence anale dans un cas sur deux, mais peut quelquefois l'aggraver en raison d'une diminution de la compliance rectale, en particulier s'il existe une insuffisance sphinctérienne (79). La rectosigmoïdectomie par voie périnéale selon Altemeier doit être réservée aux prolapsus importants avec une contre-indication à la voie abdominale, en pratique des sujets fragiles et âgés, car elle expose à un taux plus élevé de récurrence et d'incontinence anale (80).

En pratique, la rectopexie est indiquée en présence d'une élytrocèle et souvent préférée chez un sujet jeune ou en présence d'une incontinence anale qui ne résulte pas simplement de l'extériorisation du prolapsus. L'intervention de Delorme doit probablement être privilégiée si ce prolapsus est isolé avec persistance d'un amarrage à la partie haute du rectum, en particulier s'il existe une constipation associée ou si la dyschésie est le symptôme dominant.

La chirurgie de l'ulcère solitaire du rectum doit être prudente

Le traitement chirurgical du syndrome de l'ulcère solitaire du rectum est plus difficile, avec des résultats aléatoires probablement liés à une physiopathologie incomplètement élucidée. Il existe le plus

souvent un prolapsus rectal associé dont la correction devrait guérir le patient de cette pathologie traumatique. En pratique quelle que soit la technique chirurgicale utilisée, une rectopexie le plus souvent, l'évolution à long terme n'est favorable que dans la moitié des cas, avec un risque non négligeable d'aggraver la constipation et la dyschésie (81). Certains auteurs suggèrent une attitude plus prudente dans un premier temps, soit de se limiter à une simple résection de la zone pathologique par voie trans-anales, associée au préalable à un traitement médical et une rééducation par biofeedback. Cette prise en charge, non évaluée dans la littérature, présente l'avantage de ne pas aggraver les symptômes de dyschésie (14).

La présence d'une élytrocèle peut modifier la technique opératoire

L'élytrocèle oriente les options chirurgicales des autres troubles de la statique pelvienne, en particulier le prolapsus rectal ou le rectocèle. Elle nécessite une correction dans le même temps opératoire, le plus souvent par voie haute, car elle représente un facteur de récurrence clairement identifié. Par contre une élytrocèle isolée ne doit pas être traitée chirurgicalement, puisqu'elle est peu symptomatique et non responsable de la dyschésie.

Le syndrome du périnée descendant isolé ne relève pas d'un traitement chirurgical

Le périnée descendant n'est pas une entité autonome responsable de la dyschésie, mais il peut la majorer lorsqu'elle est induite par d'autres troubles de la statique pelvienne. En présence de prolapsus complexes, une intervention visant leur correction respective associée à un soutien prothétique du plancher pelvien a été proposée avec des résultats encourageants (66). Toutefois les indications d'une chirurgie pelvi-périnéale ou proctologique associée à un périnée descendant doivent être prudentes car la neuropathie pudendale souvent présente est un facteur pronostic défavorable sur les résultats, avec un risque plus élevée d'apparition d'une incontinence anale secondaire (26).

Conclusion

La dyschésie est un symptôme répandu et invalidant, et la fréquence des associations lésionnelles et fonctionnelles a souvent pour conséquence une incertitude sur les mécanismes impliqués (14). Cette situation clinique volontiers complexe impose une attitude raisonnée et prudente, sans être pour autant minimaliste (tableau 2). Le bilan doit s'astreindre à discerner d'une part les facteurs responsables de cette dyschésie, d'autre part les éléments pathologiques pelvi-périnéaux patents ou quiescents qui pourraient décompenser du fait du traitement. L'objectif de celui-ci est de faire disparaître la plainte du patient, ou à défaut de l'améliorer, sans en créer de nouvelle : un compromis est quelquefois préférable à une attitude agressive. Les incertitudes quant aux résultats du traitement d'une dyschésie, en particulier chirurgical, obligent le praticien à impliquer le patient dans la décision thérapeutique. L'information devra inclure les risques d'échec, de récurrence et de complication, exercice difficile lorsqu'un geste chirurgical peut rompre l'équilibre existant entre des lésions pelvi-périnéales anatomiques et fonctionnelles jusqu'alors compensées. Malheureusement l'absence de validation des traitements comportementaux ou chirurgicaux ne permet pas de définir une stratégie thérapeutique univoque dans la dyschésie. Avec plus d'un tiers des malades insatisfaits au décours de cette prise en charge, son efficacité ne doit pas s'évaluer sur la normalisation des explorations fonctionnelles ou la qualité anatomique de la correction chirurgicale, mais dans sa globalité sur les symptômes persistants et sur la qualité de vie obtenue (5).

Figure 1. Rectocèle vue en défécographie.

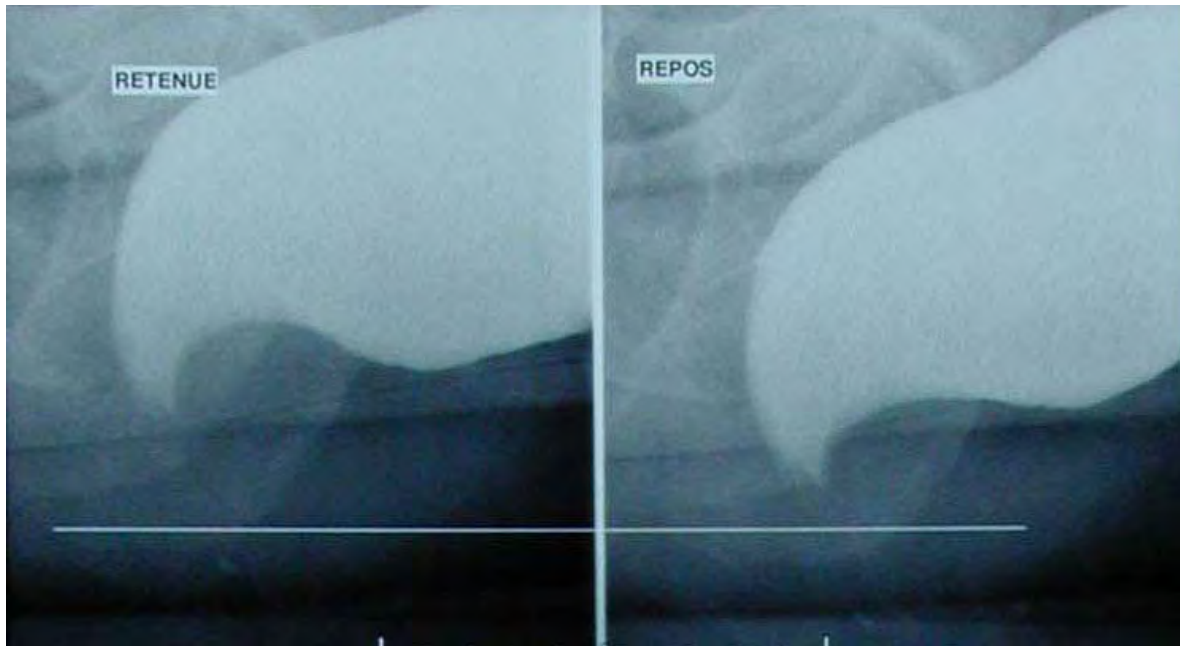


Figure 1a. Rectum au repos et en retenue

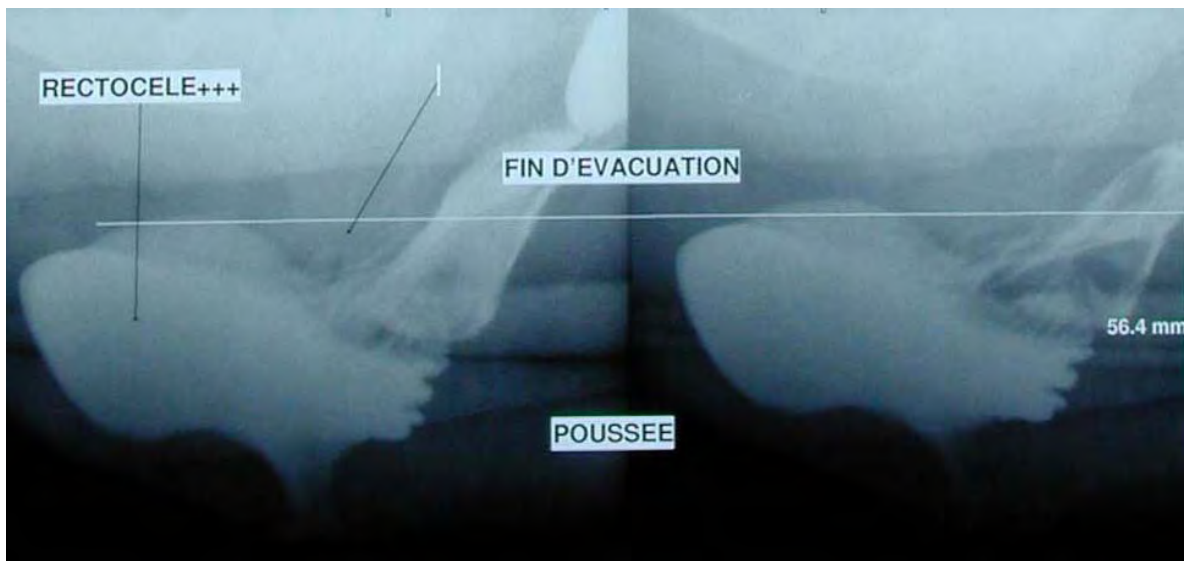


Figure 1b. Rectocèle en poussée et en fin d'évacuation

Figure 2. Rectocèle et entéroçèle au décours d'une cystopexie vue en IRM

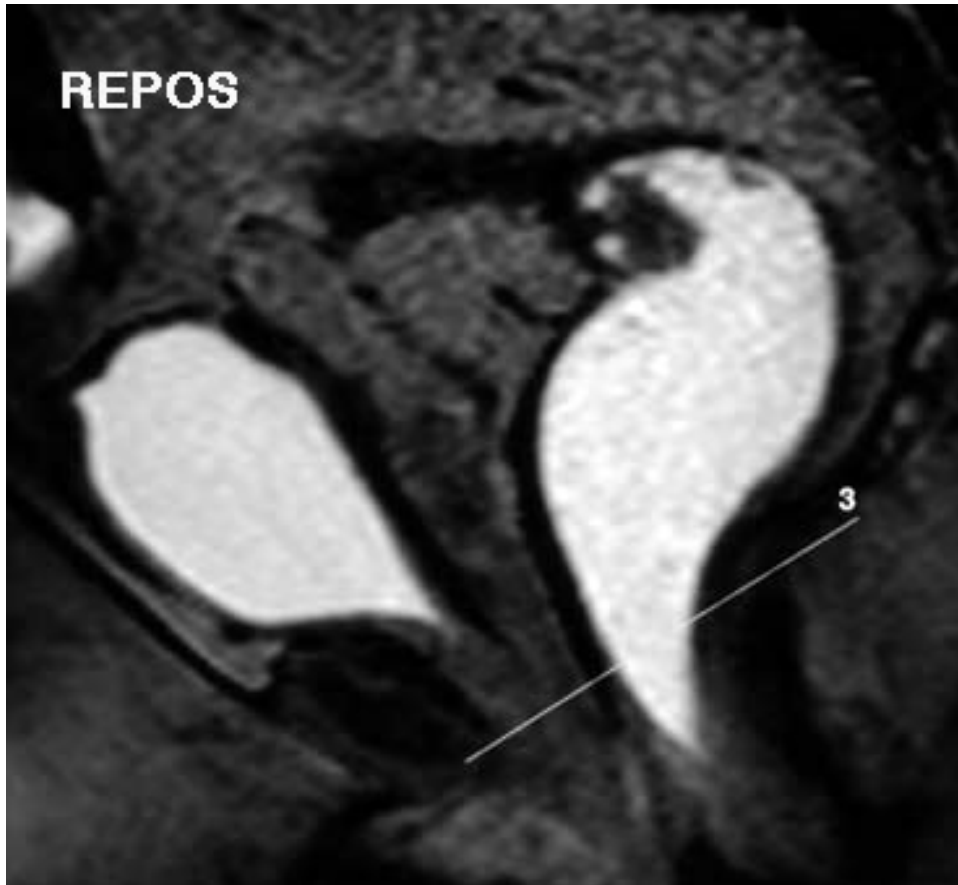


Figure 2a. Rectum et vessie au repos



Figure 2b. Début de poussée : rectocèle et petite entéroçèle

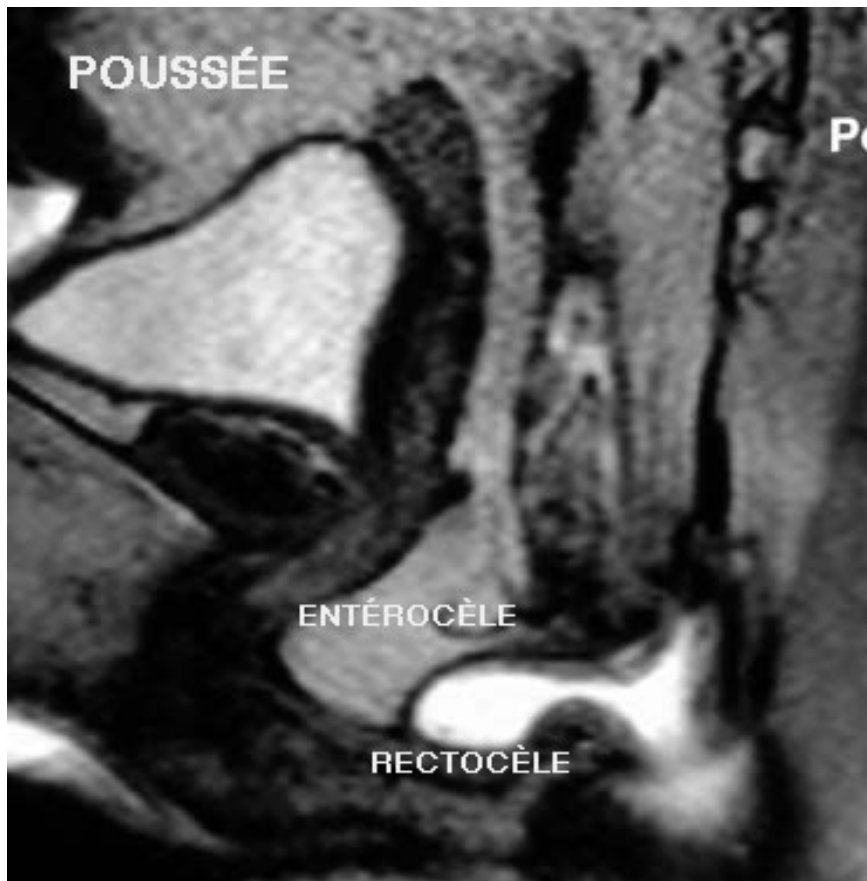


Figure 2c. Fin d'évacuation: rectocèle et volumineuse entérocele

Figure 3. Rectocèle et entéroçèle : défécographie et IRM pelvienne dynamique chez un même patient



Figure 31a. Rectum et intestin grêle au repos vus en défécographie

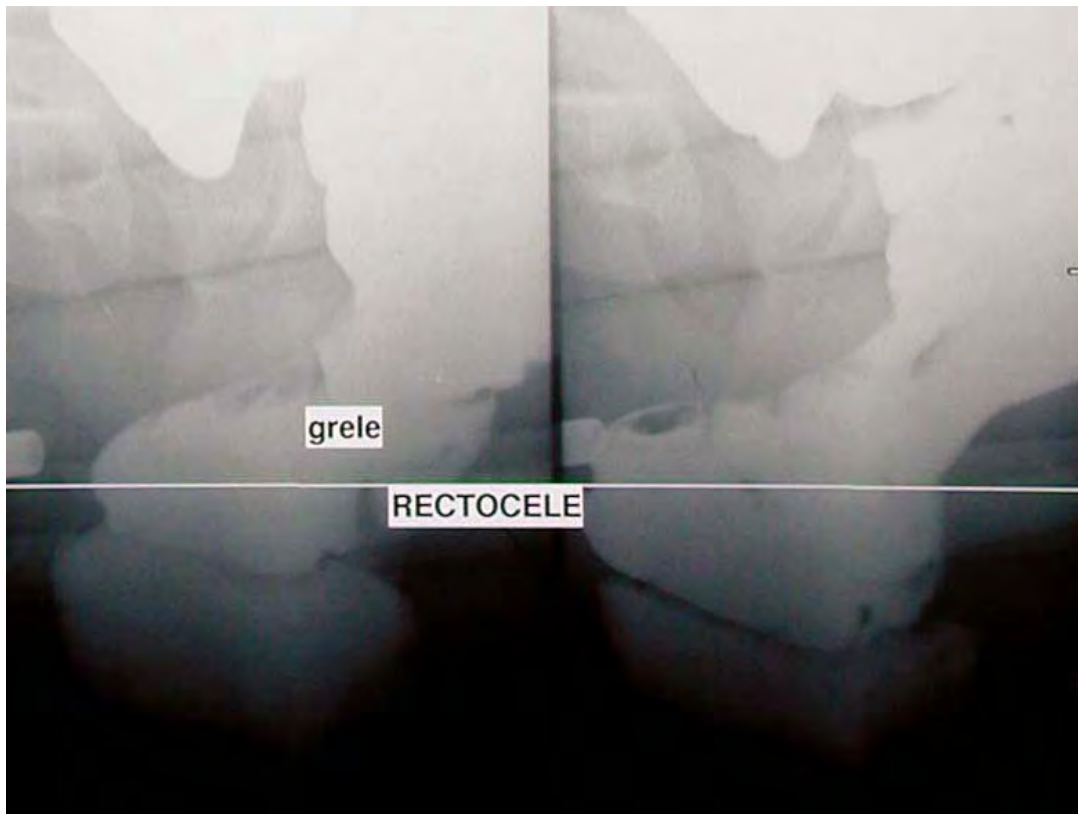


Figure 31b. Rectocèle et entéroçèle en fin d'évacuation vues en défécographie

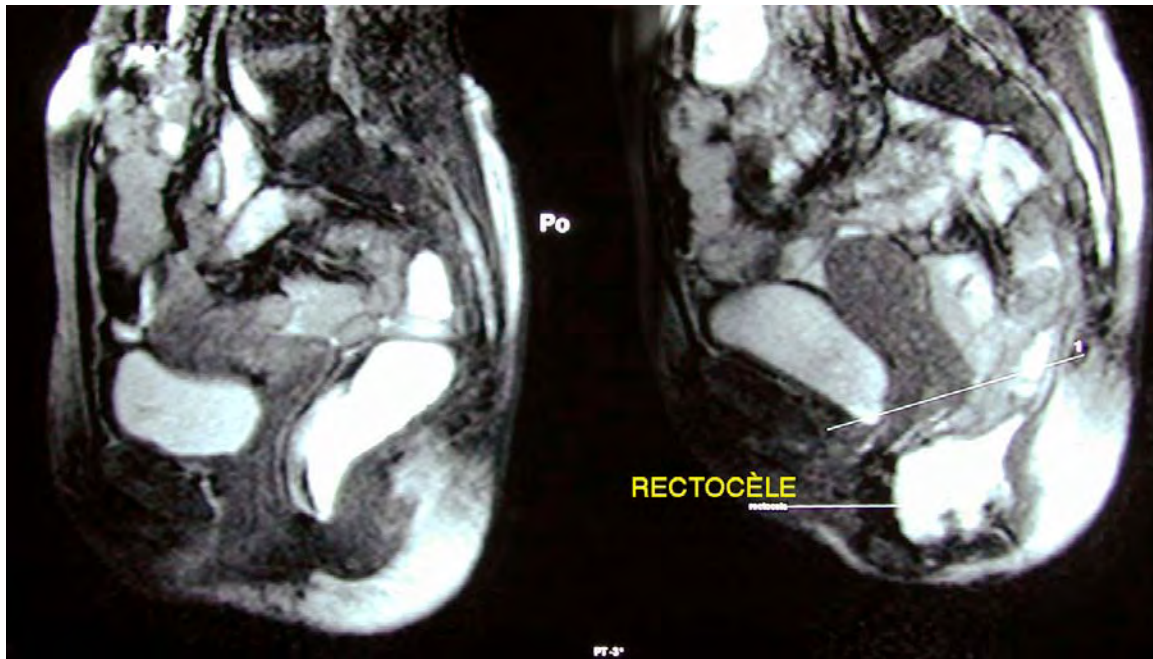


Figure 32a. Pelvis au repos vu en IRM (à gauche) et rectocèle en début de poussée (à droite)

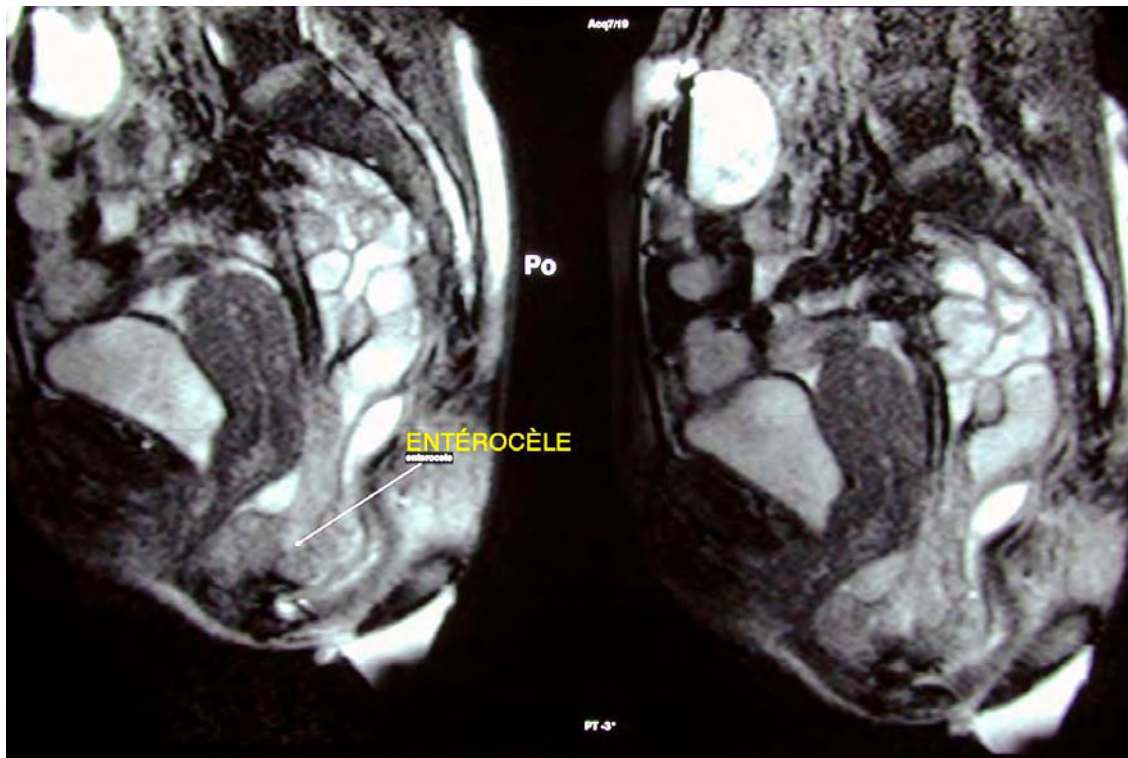
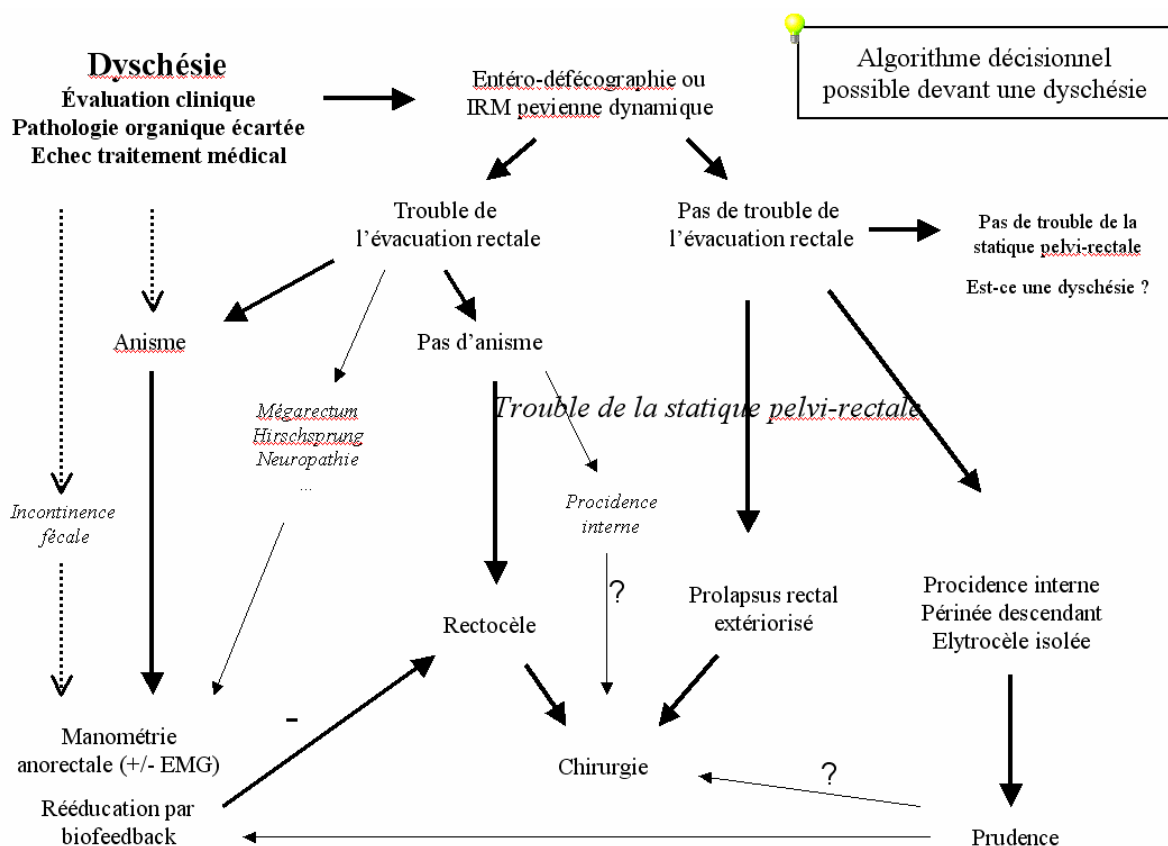


Figure 32b. Rectocèle et entérocele en fin d'évacuation vues en IRM

Tableau 1 – Questions auxquelles le clinicien doit répondre au décours de la première consultation pour dyschésie

- Une cause organique a-t-elle été clairement éliminée ?
- Les anomalies constatées prennent-elles en compte l'ensemble des symptômes exprimés par le patient ?
- Un traitement médical simple peut-il améliorer la situation ?
- Un anisme peut-il expliquer ou participer aux symptômes et faut-il envisager une rééducation ?
- Existe-il des investigations complémentaires susceptibles d'apporter des informations qui modifieront la conduite en pratique ?
- Une chirurgie est-elle envisageable, pour quels bénéfices et avec quels risques ?
 - o Existe-t-il des facteurs de mauvais pronostic d'emblée (psychologique, périnée effondré) ou à risque (troubles de la continence, troubles fonctionnels intestinaux) dans cette optique chirurgicale ?
 - o Faut-il demander un avis spécialisé dans les autres domaines de la périnéologie, en raison de troubles cliniques associés ou d'un risque de décompensation secondaire à cette chirurgie ?

Tableau 2 – Algorithme décisionnel possible devant une dyschésie



RÉFÉRENCES

1. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Müller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999 ;45(suppl) :1143-7.
2. DeParades V, Bauer P, Villet R, Atienza P. Valeur et limites de la clinique dans les troubles fonctionnels ano-rectaux (hors algies chroniques). *Gastroenterol Clin Biol* 2003;27 :B87-98.
3. Frexinos J, Denis P, Allemenad H, Allouche S, Los F, Bonnelye G. Etude descriptive des symptômes fonctionnels digestifs dans la population générale française. *Gastroenterol Clin Biol* 1998 ;22 :785-91.
4. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG et al. Householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993 ;38 :1569-80.
5. Pigot F, Castinel A, Juguet F, Marrel A, Deroche C, Marquis P. Qualité de vie, symptômes de dyschésie et anatomie après correction d'un trouble de la statique rectale par voie basse. *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25 :154-60.
6. Siproudhis L, Ropert A, Lucas J, Raoul JL, Heresbach D, Bretagne JF et al. Defecatory disorders, anorectal and pelvic floor dysfunction : a polygamy ? Radiologic and manometric studies in 41 patients. *Int J Colorect Dis* 1992 ;7 :102-7.
7. Jost WH, Schrank B, Herold A, Leiss O. Functional outlet obstruction : anismus, spastic pelvic floor syndrome, and dyscoordination of the voluntary sphincter muscles. Definition, diagnosis, and treatment from the neurologic point of view. *Scand J Gastroenterol* 1999 ;34 :449-53.
8. Leroi AM, Berkelmans I, Denis P, Hemond M, Devroede G. Anismus as a marker of sexual abuse. Consequences of abuse on anorectal motility. *Dig Dis Sci* 1995 ;40 :1411-6.
9. Lau CW, Heymen S, Alabaz O, Iroatulam AJ, Wexner SD. Prognostic significance of rectocele, intussusception, and abnormal perineal descent in biofeedback treatment for constipated patients with paradoxical puborectalis contraction. *Dis Colon Rectum* 2000 ;43 :478-82.
10. Mellgren A, Bremmer S, Johansson C, Dolk A, Uden R, Ahlback SO, et al. Defecography. Results of investigations in 2186 patients. *Dis Colon Rectum* 1994 ;37 :1133-41.
11. Faucheron JL, Dubreuil A. Rectal akinesia as a new cause of impaired defecation. *Dis Colon Rectum* 2000 ;43 :1545-9.
12. Shorvon PJ, McHugh S, Diamant DE, Somers S, Stevenson GW. Defecography in normal volunteers : results and implications. *Gut* 1989 ;30 :1737-49.
13. Siproudhis L, Dautreme S, Ropert A, Bretagne JF, Heresbach D, Raoul JL et al. Dyschezia and rectocele. A marriage of convenience ? Physiologic evaluation of the rectocele in a group of 52 women complaining of difficulty in evacuation. *Dis Colon Rectum* 1993 ;36 :1030-6.
14. Pigot F. Les troubles de la statique pelvi-rectale. *Gastroenterol Clin Biol* 2001 ;25 :982-8.
15. Mellgren A, Johansson C, Dolk A, Anzen B, Bremmer S, Nilsson BY, et al. Enterocoele demonstrated by defecography is associated with other pelvic floor disorders. *Int J Colorectal Dis* 1994 ;9 :121-4.
16. Kim DS, Tsang CB, Wong WD, Lowry AC, Goldberg SM, Madoff RD. Complete rectal prolapse : evolution of management and results. *Dis Colon Rectum* 1999 ;42 :460-6.
17. Sun WN, Read NW, Donnelly TC, Bannister JJ, Shorthouse AJ. A common pathophysiology for full thickness rectal prolapse, anterior mucosal prolapse and solitary rectal ulcer. *Br J Surg* 1989 ;76 :290-5.
18. Farouk R, Duthie GS. Rectal prolapse and rectal invagination. *Eur J surg* 1998 ;164 :323-32.
19. Allen Mersh TG, Henry MM, Nicholls RJ. Natural history of anterior mucosal prolapse. *Br J Surg* 1987 ;74 :679-82.
20. Mellgren A, Schultz I, Johansson C, Dolk A. Internal rectal intussusception seldom develops into total rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1997;817-20.
21. Dvorkin LS, Knowles CH, Scott SM, Williams NS, Lunniss PJ. Rectal intussusception : characterization of symptomatology. *Dis colon Rectum* 2005 ;48 :824-31.
22. Karlbohm U, Graf W, Nilsson S, Pahlman L. The accuracy of clinical examination in the diagnosis of rectal intussusception. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1533-8.
23. Womack NR, Williams NS, Holmfield JHM, Morrison JFB. Pressure and prolapse : the cause of solitary rectal ulceration. *Gut* 1987 ;28 :1228-33.

24. Tjandra JJ, Fazio VW, Petras RE, Lavery IC, Oakley JR, Milsom JW, et al. Clinical and pathological factors associated with delayed diagnosis in solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum* 1993;36:146-53.
25. Chou Q, Weber AM, Piedmonte MR. Clinical presentation of enterocele. *Obstet Gynecol* 2000 ;96 :599-603.
26. Berkelmans I, Heresbach D, Leroi AM, Touchais JY, Martin PA, Weber J, et al. Perineal descent at defecography in women with straining at stool : a lack of specificity or predictive value for future anal incontinence ? *Eur J Hepatol* 1995 ;7 :75-9.
27. Halligan S, Bartram CI. Is digitation associated with proctographic abnormality ? *Int J Colorectal Dis* 1996 ;11 :167-71.
28. Les explorations pelvi-périnéales. In : Villet R, Buzelin JM, Lazorthes F, eds. *Les troubles de la statique pelvi-périnéale de la femme*. Paris : Vigot, 1995 :57-97.
29. Siproudhis L, Ropert A, Vilotte J, Bretagne JF, Heresbach D, Raoul JL et al. How accurate is clinical examination in diagnosing and quantifying pelvirectal disorders ? A prospective study in a group of 50 patients complaining of defecatory difficulties. *Dis Colon Rectum* 1993 ;36 :430-8.
30. Rao S, Patel RS. How useful are manometric tests of anorectal function in the management of defecation disorders ? *Am J Gastroenterol* 1997 ;92 :469-75.
31. Rentsch M, Paetzel C, Lenhart M, Feuerbach S, Jauch KW, Furst A. Dynamic magnetic resonance imaging defecography : a diagnostic alternative in the assessment of pelvic floor disorders in proctology. *Dis Colon Rectum* 2001;44:999-1007.
32. Kaufman HS, Buller JL, Thompson JR, Pannu HK, DeMeester SL, Genadry RR et al. Dynamic pelvic magnetic resonance imaging and cystocolpoproctography alter surgical management of pelvic floor disorders. *Dis Colon Rectum* 2001;44:1575-84.
33. Gufler H, Ohde A, Grau G, Grossmann A. Colpocystoproctography in the upright and supine positions correlated with dynamic MRI of the pelvic floor. *Eur J Radiol* 2004;51:41-7.
34. Karlbom U, Nilsson S, Pahlman L, Graf W. Defecographic study of rectal evacuation in constipated patients and control subjects. *Radiology* 1999;210:103-8.
35. Choi JS, Wexner SD, Nam YS, Mavrantonis C, Salum MR, Yamaguchi T et al. Intraobserver and interobserver measurements of the anorectal angle and perineal descent in defecography. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1121-6.
36. Halligan S, Bartram CI. Is barium trapping in rectoceles significant ? *Dis Colon Rectum* 1995;38:764-8.
37. Christiansen J, Zhu BW, Rasmussen OO, Sorensen M. Internal rectal intussusception : results of surgical repair. *Dis Colon Rectum* 1992 ;35 :1026-9.
38. Wald A, Caruana BJ, Freimanis MG, Bauman DH, Hinds JP. Contributions of evacuation proctography and anorectal manometry to evaluation of adults with constipation and defecatory difficulty. *Dig Dis Sci* 1990 ;35 :481-7.
39. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJA, Van Dam JH, Gosselink MJ, Ginai AZ et al. Anismus : fact or fiction ? *Dis Colon Rectum* 1997 ;40 :1033-41.
40. Read NW, Timms JM, Barfield LJ, Donnelly TC, Bannister JJ. Impairment of defecation in young women with severe constipation. *Gastroenterology* 1986 ;90 :53-60.
41. Gladman MA, Scott SM, Chan CLH, Williams NS, Lunniss PJ. Rectal hyposensitivity. Prevalence and clinical impact in patients with intractable constipation and fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2003;46:238-46.
42. Siproudhis L, Dautreme S, Ropert A, Briand H, Renet C, Beusnel C, et al. Anismus and biofeedback : who benefits ? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995 ;7 :547-52.
43. Birnbaum EH, Stamm L, Rafferty JF, Fry RD, Kodner IJ, Fleshman JW. Pudendal nerve terminal motor latency influences surgical outcome in treatment of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1996;39:1215-21.
44. Roman H, Michot F. Long-term outcomes of transanal rectocele repair. *Dis Colon Rectum* 2005;48:510-7.
45. Van Dam JH, Hop WCJ, Schouten WR. Analysis of patients with poor outcome of rectocele repair. *Dis Colon Rectum* 2000 ;43 :1556-60.
46. Denis P, Ténrière P, Michot F, Testart J, Morlet C, Weber J, et al. Symptômes de constipation étudiés par un questionnaire standardisé et manométrie anorectale avant et après rectopexie au

- promontoire (technique de Orr-Loygue) chez 25 patientes. *Gastroenterol Clin Biol* 1990 ;14 :328-33.
47. Fucini C, Ronchi O, Elbetti C. Electromyography of the pelvic floor musculature in the assessment of obstructed defecation symptoms. *Dis Colon Rectum* 2001;44:1168-75.
 48. Jorge JMN, Wexner SD, Ger GC, Salanga VD, Nogueras JJ, Jagelman DG. Cinedefecography and electromyography in the diagnosis of nonrelaxing puborectalis syndrome. *Dis Colon Rectum* 1993 ;36 :668-76.
 49. Leroi AM. Troubles fonctionnels anorectaux. Thérapeutiques non chirurgicales à l'épreuve de la médecine factuelle. *Gastroenterol Clin Biol* 2003 ;27 :B110-6.
 50. Heymen S, Jones KR, Scarlett Y, Whitehead WE. Biofeedback treatment of constipation. A critical review. *Dis Colon Rectum* 2003 ;46 :1208-17.
 51. Enck P, Schafer R. Biofeedback applications in gastroenterology. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1996 ;8 :534-9.
 52. Gilliland R, Heymen S, Altomare DF, Park UC, Vickers D, Wexner SD. Outcome and predictors of success of biofeedback for constipation. *Br J Surg* 1997 ;84 :1123-6.
 53. Nehra V, Bruce BK, Rath-Harvey DM, Pemberton JH, Camilleri M. Psychological disorders in patient with evacuation disorders and constipation in a tertiary practice. *Am J Gastroenterol* 2000 ;95 :1755-8.
 54. Tjandra JJ, Ooi BS, Tang CL, Dwyers P, Carey M. Transanal repair of rectocele corrects obstructed defecation if it is not associated with anismus. *Dis Colon Rectum* 1999 ;42 :1544-50.
 55. Malouf AJ, Vaizey CJ, Kamm MA. Results of behavioral treatment (biofeedback) for solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum* 2001;44:72-6.
 56. Wexner SD. Biofeedback for constipation ? *Dis Colon Rectum* 1998 ;41 :670-2.
 57. Mimura T, Roy AJ, Storrie JB, Kamm MA. Treatment of impaired defecation associated with rectocele by behavioural retraining (biofeedback). *Dis Colon Rectum* 2000;43:1267-72.
 58. Van Laarhoven CJHM, Kamm MA, Bartram CI, Halligan S, Hawley PR, Phillips RKS. Relationship between anatomic and symptomatic long term results after rectocele repair for impaired defecation. *Dis Colon Rectum* 1999;42:204-11.
 59. Van Dam JH, Schouten WR, Ginai AZ, Huisman WM, Hop WCJ. The impact of anismus on the clinical outcome of rectocele repair. *Int J Colorect Dis* 1996 ;11 :238-42.
 60. Sullivan ES, Leaverton GH, Hardwick CE. Transrectal perineal repair : an adjunct to improve function after anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1968;11:106-14.
 61. Khubchandani IT, Clancy JP, Rosen L, Riether RD, Stasik JJ. Endorectal repair of rectocele revisited. *Br J Surg* 1997;84:89-91.
 62. Boccasanta P, Venturi M, Stuto A, Bottini C, Caviglia A, Carriero A et al. Stapled transanal rectal resection for outlet obstruction: a prospective, multicenter trial. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1285-97.
 63. Abbas SM, Bisset IP, Neill ME, MacMillan AK, Milne D, Parry BR. Long-term results of the anterior Delorme's operation in the management of symptomatic rectocele. *Dis Colon Rectum* 2005 ;48 :317-22.
 64. Sieleznoff I, Malouf A, Cesari J, Brunet C, Sarles JC, Sastre B. Selection criteria for selection rectal prolapse repair by Delorme's transrectal excision. *Dis Colon Rectum* 1999;42:367-73.
 65. Ho YH, Ang M, Nyam D, Tan M, Seow-Choen F. Transanal approach to rectocele repair may compromise anal sphincter pressures. *Dis Colon Rectum* 1998;41:354-8.
 66. Sullivan ES, Longaker CJ, Lee PYH. Total pelvic mesh repair. A ten-year experience. *Dis Colon Rectum* 2001;44:857-63.
 67. Mercer-Jones MA, Sprowson A, Varma JS. Outcome after transperineal mesh repair of rectocele: a case series. *Dis Colon Rectum* 2004;47:864-868.
 68. Pigot F, Faivre J, Chaume JCC, Castinel A. Intervention de Delorme et prolapsus du rectum. *Hépto-Gastro* 1997 ;4 :311-7.
 69. Lazorthes F, Gamagami R, Cabarrot P, Muhammad S. Is rectal intussusception a cause of idiopathic incontinence ? *Dis Colon Rectum* 1998;41:602-5.
 70. Libermann H, Hughes C, Dippolito A. Evaluation and outcome of the Delorme procedure in the treatment of rectal outlet obstruction. *Dis Colon Rectum* 2000;43:188-92.
 71. Berman IR, Harris MS, Rabeler MB. Delorme's transrectal excision for internal rectal prolapse. Patient selection, technique and three-year follow-up. *Dis Colon Rectum* 1990;33:573-80.

72. Holmstrom B, Broden G, Dolk A. Results of the Ripstein operation in the treatment of rectal prolapse and internal rectal procidentia. *Dis Colon Rectum* 1986;29:845-8.
73. Tsiaoussis J, Chrysos E, Athanasakis E, Pechlivanides G, Tzortzinis A, Zoras O et al. Rectoanal intussusception : presentation of the disorder and late results of resection rectopexy. *Dis Colon Rectum* 2005 ;48 :838-44.
74. Sainio PA, Voutilainen PE, Husa AI. Recovery of anal sphincter function following transabdominal repair of rectal prolapse : cause of improved continence ? *Dis colon Rectum* 1991;34:816-21.
75. Douard R, Frileux P, Brunel M, Attal E, Turet E, Parc R. Functional results after the Orr-Loygue transabdominal rectopexy for complete rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 2003 ;46 :1086-96.
76. Ashari LHS, Lumley JW, Stevenson ARL, Stitz RW. Laparoscopically-assisted resection rectopexy for rectal prolapse : ten years' experience. *Dis Colon Rectum* 2005 ;48 :982-7.
77. Mollen RMHG, Kuijpers JHC, Van Hock F. Effects of rectal mobilisation and lateral ligaments division on colonic and anorectal function. *Dis Colon rectum* 2000;43:1283-7.
78. Mac Kee R, Lauder JC, Poon FW, Aitchison MA, Finlay IG. A prospective randomized study of abdominal rectopexy with and without sigmoidectomy compared with marlex rectopexy for rectal prolapse. *Surg Gynecol Obstet* 1992;174:145-8.
79. Tsunoda A, Yasuda N, Yokoyama N, Kamiyama G, Kusano M. Delorme's procedure for rectal prolapse. Clinical and physiological analysis. *Dis Colon Rectum* 2003 ;46 :1260-5.
80. Kimmins MH, Evetts BK, Isler J, Billingham R. The Altemeier repair: outpatient treatment of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 2001;44:565-70.
81. Sitzler PJ, Kamm MA, Nichols RJ, McKee RF. Long-term clinical outcome of surgery for solitary rectal ulcer syndrome. *Br J Surg* 1998;85:1246-50.